

医療的ケア実施申込書

(あて先) 弘前市長

1 対象児童

(ふりがな) 児童氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
現住所	弘前市大字			
保護者氏名		連絡先	父：	
			母：	

2 依頼する医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの種類 (該当するケアの内容にチェック☑)	保育所等で実施を希望する内容及び方法等
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	
<input type="checkbox"/> 経管栄養	
<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> インスリン注射	
<input type="checkbox"/> その他	

3 通院及び療育の状況等

通院の 状況	医療機関名 (診療科名)	担当医師名	通院頻度	主な通院目的
				回/
			回/	
療育の 状況	療育機関名	担当者名	通所頻度	主な通所目的
			回/	
			回/	
緊急搬送先医療機関名				

4 添付書類 ・ (様式1) 医療的ケア実施に係る主治医意見書

(申込みに当たっての同意事項) ※1及び2の☐にチェック☑

- 1 申込内容について、必要に応じて関係機関の間で情報を共有すること。
- 2 申込内容について、必要に応じて医療機関又は療育機関に聴取すること。

上記の医療的ケアの実施について申し込みます。

年 月 日

保護者氏名 _____